Münster.1932.№/o Med Di

Aus der Universitäts-Hautklinik zu Münster i.W.
(Direktor: Prof. Dr. A. Stühmer)

Die Syphiliskranken an der Universitäts-Hautklinik Münster in den Jahren 1925-30.

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde der
Hohen Medizinischen Fakultät zu
Münster i. W.

vorgelegt von

Albert Diepenseifen
aus Dortmund

Münstersche Buchdruckerei u. Verlagsanstalt G.m.b.H.

1. Dekan: Prof. Dr. H. Vogt

2. Referent: Prof. Dr. A. Stühmer

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

In der vorliegenden Arbeit handelt es sich um die Bearbeitung des Luesmaterials einer neueröffneten Universitätsklinik. Dieses sei besonders hervorgehoben. Die Untersuchungen erstrecken sich auf einen Zeitraum von 4 Jahren.

Natürlich lassen sich aus einer solchen statistischen Zusammenstellung keine weittragenden Schlußfolgerungen etwa für die Stadt Münster und die Umgebung ziehen, da die Zahl der zur Beobachtung, bzw. Behandlung gelangten Syphiliskranken zu gering ist.

Die Universitäts-Hautklinik Münster wurde im November 1925 eröffnet. In den ersten Jahren ihres Bestehens hatte sie mit großen Schwierigkeiten zu kämpfen. Sie mußte sich einbürgern und das Vertrauen der Bevölkerung gewinnen.

Neben diesen allgemeinen Gründen kommen noch Schwierigkeiten mit den Krankenkassenverbänden hinzu. Die Klinik ist als Spezialanstalt für Haut- und Geschlechtskrankheiten der Provinz Westfalen nahezu völlig von sämtlichen Krankenkassenverbänden der Stadt Münster ausgeschlossen oder die getroffenen Vereinbarungen mit den auswärtigen Krankenkassenverwaltungen und der L. V. A. Westfalen lauteten ungünstig. Bekanntlich werden ferner auch die Geschlechtskranken heute in der Mehrzahl von praktischen Aerzten behandelt. Infolgedessen fiel auch ein Zuzug von auswärts nicht sonderlich ins Gewicht. Bedauerlicherweise ist eine Besserung dieser Verhältnisse in nächster Zeit anscheinend noch nicht zu erwarten.

Weiter ist zu berücksichtigen, daß die Bettenzahl der Klinik nur 65 beträgt. Da nun noch eine größere Zahl Lupuskranker, für die sich die Klinik besonders interessierte, behandelt wurde, so standen für die Geschlechtskranken nur wenig Betten zur Verfügung.

Die Gesamtzahl der in der Zeit vom 1. 11. 1925 bis 1. 4. 1930 behandelten, bzw. beobachteten syphiliskranken Patienten beträgt 290. Es sind auch solche Fälle einbezogen, die nur zur Nachkontrolle erschienen waren und ebenfalls die Fälle, welche Professor Stühmer aus seiner Privatpraxis zur Verfügung gestellt hat.

Die Kranken verteilen sich nun auf die einzelnen Jahre folgendermaßen:

Jahr	Kranke	Prozent
1925—26	84	28,9 %
1927	59	20,3 %
1928	73	25,1 %
1929	67	23,1 %
1930	7	2,4 %
	290	

Im allgemeinen bestehen also unter den Zahlen der einzelnen Jahre keine großen Unterschiede. Auch das neue Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, das am 1. 10. 1927 in Kraft trat, hat anscheinend keine wesentlichen Aenderungen der Jahreszahlen hervorgerufen.

Unter diesen Fällen befanden sich nach dem Geschlechte getrennt:

134 männlichen Geschlechtes
156 weiblichen „

Das Verhältnis der Geschlechter beträgt somit 1 : 1,15 für Männer und Frauen. In der bekannten Monographie von Blaschko finden wir im Krankenhause an einem großen Material das Verhältnis 1 : 1, während in der Praxis das Verhältnis 2 : 1 beträgt, wobei jedoch berücksichtigt werden muß, daß die Lues bei Frauen vielfach unerkannt bleibt

Ueber die Verteilung der Fälle auf die einzelnen Perioden der Lues ist nach der Tabelle 1 folgendes zu berichten.

Tabelle 1

Die Syphiliskranken
nach den einzelnen Krankheitsformen und dem Geschlechte

Geschlecht	Primärkomplex	Generalisation						Lues congenita			Metalues	Nachuntersuchungen	Zusammen
		Frühperiode 1.-4. Jahr			Spätperiode nach 4 Jahren								
		Ersch.	ohne Ersch.	L. latens	Ersch	ohne Ersch.	L. latens	Früh	Spät	Fragl.			
Männer	10	30	14	4	19	20	—	2	9	5	1	20	134
Frauen	—	23	30	1	34	25	2	7	10	4	2	18	156
sammen Zu-	10	53	44	5	53	45	2	9	19	9	3	38	290
		102			100			37					

Unter primärer Lues werden nur solche Primäraffekte verstanden, die ein seronegatives Blutbild aufweisen. Die Primäraffekte mit einem seropositiven Blutbild werden zur Frühperiode der Generalisation gerechnet, ebenso sämtliche Fälle,

die innerhalb der ersten 4 Jahre irgendwelche Symptome einer bestehenden Lues aufweisen, ferner die in diese Periode fallenden latenten Fälle. Unter Lues latens verstehen wir nach Rost und Stühmer jene Fälle der Früh- und Spätperiode, die weder klinische noch serologische Erscheinungen haben. Wir können nämlich die positive Blutreaktion als vollwertiges Symptom neben die anderen stellen und können streng genommen nur dann von einer Latenzperiode oder symptomlosen Lues sprechen, wenn auch die Blutreaktion negativ geworden ist.

Primäre Lues wurde nur bei dem männlichen Geschlecht beobachtet. Das Fehlen von Kranken mit Primäraffekt bei dem weiblichen Geschlecht ist eine bekannte Tatsache. Der Primäraffekt ist bei dem weiblichen Geschlecht, soweit es sich um eine genitale Infektion handelt, wegen der anatomischen Verhältnisse meist nicht sichtbar. Bei der Frühperiode der Generalisation war die Zahl der Erkrankungen bei dem weiblichen Geschlecht bedeutend größer. Dieses Ergebnis trifft ebenfalls für die Spätperiode zu. Hervorzuheben ist die hohe Zahl der Erkrankungen der Spätperiode, welche der der Frühperiode fast gleichkommt. Die Erscheinungsformen der Lues in der Spätperiode haben sich gegenüber früher nicht wesentlich geändert. Lues congenita konnte bei 28 Fällen sichergestellt werden, während bei 9 Kindern die erfolgte Infektion wegen fehlender — körperlich und serologisch — Symptome nicht bewiesen werden konnte.

Ueber die Verteilung nach den einzelnen Lebensaltern ist folgendes zu berichten.

Der Primärkomplex hat seinen Höhepunkt zwischen 20—25 Jahren und geht dann schnell zurück. Bei der Frühperiode sind die meisten Erkrankungen für beide Teile zwischen 20—30 Jahren, wobei die höchste Zahl bei den Frauen zwischen 20—25 Jahren und bei den Männern zwischen 25—30 Jahren liegt. Die meisten Erkrankungen bewegen sich also bei dem Primärkomplex und der Frühperiode zwischen 20—30 Jahren. Dieses Ergebnis stimmt auch mit dem der Literatur überein. Blaschko fand bei seinen Untersuchungen, daß das 2. bis 3. Jahrzehnt am meisten von den Geschlechtskrankheiten heimgesucht wird.

Ueber das 35. Lebensjahr ist bei meinem Material eine bedeutende Zunahme bei dem weiblichen Gschlecht bemerkbar. Es handelt sich hier um Fälle der Spätperiode. Dieses Ergebnis steht im Gegensatz zu den Feststellungen Blaschko's und Haustein's, die beide bei ihren Untersuchungen ein Ueber-

wiegen des männlichen Geschlechtes feststellen konnten.

Ueber Metalues ist wegen der geringen Anzahl von Kranken nichts Besonderes zu erwähnen.

Bemerkenswert ist bei unseren Fällen das Vorkommen eines Primäraffektes bei einem Manne über 60 Jahren. Dieses an und für sich seltene Vorkommen findet in der Literatur mehrfach Erwähnung, so z. B. bei B a y e t. Ferner wurden 2 extragenitale Primäraffekte beobachtet. Die Lokalisation derselben waren die Lippe und das Kinn. Endlich sind 2 Fälle von seronegativer Lues mit klinischen Erscheinungen der Frühperiode und mit positivem Spirochätenbefund hervorzuheben.

Bei den Fällen der Spätperiode wurden 51 Kranke mit Erscheinungen beobachtet. Die Fälle verteilen sich nach der Lokalisation an den einzelnen Stellen des Körpers folgendermaßen:

Haut- und Schleimhauterkrankungen	43
Knochenperiost	1
Aneurysma	2
Nervensystem	5

Wie bereits hervorgehoben, überwiegt das weibliche Geschlecht. Das Verhältnis nach den Geschlechtern beträgt 18 Männer zu 33 Frauen. Von diesen waren 42 verheiratet, 9 ledig. Diese Verhältniszahl findet wohl ihre Erklärung in der Tatsache, daß die systematische Bekämpfung des Lupus in der Provinz Westfalen der Klinik Lupuskranke in großer Zahl zuführt, die hier als Lues erkannt wurden.

Nach dem Familienstand verteilt, ergibt sich folgendes:

	Männer		Frauen	
	Kranke	Prozent	Kranke	Prozent
Ledig	79	59,7 %	84	52,4 %
Verheiratet	55	40,3 %	72	47,6 %

Dieses Ergebnis ist an und für sich für die Verheirateten ziemlich groß. Man darf jedoch keine weitgehenden Schlüsse daraus ziehen. Dafür ist die Zahl der Kranken bei unserem Material zu gering. Weiter kommt hinzu, daß es sich nach den Ausführungen von H a u s t e i n in unserem Falle nur um den prozentualen Anteil von Ledigen und Verheirateten an der Gesamtzahl der uns zur Verfügung stehenden Kranken handelt. Die Frage über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten nach dem Familienstande ist nur auf dem Wege des Vergleiches der als geschlechtskrank gemeldeten Ledigen mit der Gesamtzahl aller Ledigen, der verheirateten Geschlechtskranken mit allen Verheirateten zu lösen.

Kombinationen mit anderen Gesschlechtskrankheiten ließen sich in 3 Fällen feststellen, wo sich zu einer Gonorrhoe im Verlauf der Behandlung eine Lues einstellte.

Infolge der Kleinheit des Materials wurde auf die Ausstellung einer Tabelle nach den verschiedensten Berufsklassen verzichtet.

Es ist gewiß interessant, kennen zu lernen, wie groß das Verhältnis der Lueskranhen zur Gesamtzahl der innerhalb dieser Jahre in der Klinik behandelten Hautkrankheiten ist.

Tabelle 2.

Jahr	Männer — Frauen Hautkrankheiten	Lues Anzahl	Lues Prozent
1925—26	1478	84	5,68 %
1927	1622	59	3,06%
1928	1989	73	3,66 %
1929	2443	67	2,74 %

Man erkennt aus der Tabelle 2, daß das prozentuale Verhältnis der Lueskranken trotz der Zunahme der Gesamtzahl der Patienten ständig abnimmt. Der Grund für diese eigentümliche Feststellung ist wohl darin zu suchen, daß die Patienten mit hartnäckigen Hauterscheinungen zur Sicherung der Diagnose und besseren Behandlungsmöglichkeiten der Klinik zugeführt werden, während bei den Luespatienten dieser Grund für die Einweisung in die Klinik kaum vorkommt.

Im folgenden soll das Ergebnis der Behandlung der Lues besprochen werden.

Im allgemeinen gilt in der Klinik als Grundsatz, jeden Fall von Lues, sobald er einwandfrei festgestellt ist, einer energischen Salvarsanbehandlung in Kombination mit Wismut zuzuführen. Es wird dabei Wert darauf gelegt, daß gerade die frischen Fälle nicht erst mit Wismut oder Quecksilber vorbehandelt werden, sondern unmittelbar mit Salvarsan begonnen wird, weil die Klinik die Ueberzeugung hat, daß nur beim Salvarsan mit einigermaßen Sicherheit feststeht, daß es den Krankheitserreger unmittelbar beeinflußt. Die Behandlung wird so durchgeführt, daß man im Anfang nur Salvarsan, von der 3. und 4. Spritze ab das Kombinationspräparat dazu gibt. Es geschieht das aus der Ueberlegung, daß eine gegebenenfalls bestehende oder sich entwickelnde Ueberempfindlichkeit sich in der Regel in den ersten 10 Tagen der Behandlung offenbaren wird. Hätte man dann von Anfang an schon mit Wismut oder Quecksilber kombiniert, so wäre die Unklarheit vorhanden, gegen welches Medikament der Körper Ueberempfindlichkeitserscheinungen zeigt.

Die Behandlung soll so energisch wie möglich durchgeführt werden. Bei veralteten Fällen hält die Klinik ein übertriebenes Kurmaß nicht für notwendig und zweckmäßig. Solche Fälle, die jahrelang trotz Behandlung ein positives Blutbild aufweisen, pflegt man lediglich unter weiterer Beobachtung zu halten, weil es nach unserer Erfahrung keinen Sinn hat, durch immer wiederholte Kuren trotz vollständigen Wohlbefindens das Negativwerden des Blutes erzwingen zu wollen.

Bei Männern im mittleren Lebensalter wird bei ganz frischer Lues mit 0,6 Neosalvarsan und bei Frauen mit 0,45 Neosalvarsan begonnen, weil ein energisches Angreifen mit Salvarsan die Chancen der Frühheilung zu steigern scheint. Nur bei schwächlichen Individuen wird bei Männern mit 0,45 und bei Frauen mit 0,3 begonnen. Bei den üblichen Kuren bei älterer Lues ist die normale Anfangsdosis 0,45 bei Männern, 0,3 bei Frauen. Das Aufeinanderfolgen der Dosen ist im allgemeinen weniger vom Stadium der Erkrankung abhängig als von dem subjektiven Verhalten der Erkrankten nach der vorhergehenden Injektion.

In der Regel besteht eine Kur aus 12—14 Spritzen Neosalvarsan 6—7 g bei Männern, 5—6 g bei Frauen und 12 Spritzen Wismut à 1,0 bis 2,0 ccm.

Bei der primären Krankheitsperiode folgt die 2. Kur der ersten in gleicher Stärke nach 5 Wochen Zwischenraum. Darauf wird großer Wert gelegt wegen der Gefahr der oft in der 6. Woche auftretenden Frührezidive.

In der Frühperiode folgt beim Primäraffekt auf die 2. Kur nach 8—10 Wochen Abstand eine 3. Kur. Bei der Frühperiode im 1. Jahre werden 3—4 Kuren für nötig gehalten. Die 4. Kur folgt der 3. Kur nach 10—12 Wochen. Bei der Frühperiode im späteren Stadium werden 3 Kuren im ersten Jahr, 3 Kuren im 2. Jahr, 2 Kuren im 3. Jahr, 1 Kur im 4. Jahr für erforderlich gehalten. Bei behandelten Fällen richtet sich die Weiterbehandlung nach der vorausgegangenen. Bei unbehandelten Fällen, die seropositiv sind, würde eine Behandlung notwendig sein wie bei der Frühperiode im ersten Jahr.

Bei der Spätperiode folgt in der Regel unmittelbar im Anschluß an die Salvarsan-Wismutkur eine Jodbehandlung von etwa 3 Monaten. Dann wird wieder eine Salvarsankur gemacht und wiederum wird eine Jodbehandlung angeschlossen. Bei weiterem Verlaufe läßt man sich weitgehend von dem Ausfall der serologischen Reaktionen und dem klinischen Befund leiten. Tabes und Paralyse konnten in dem verflossenen Zeitraum wegen der örtlichen Verhältnisse der Klinik nicht behandelt werden.

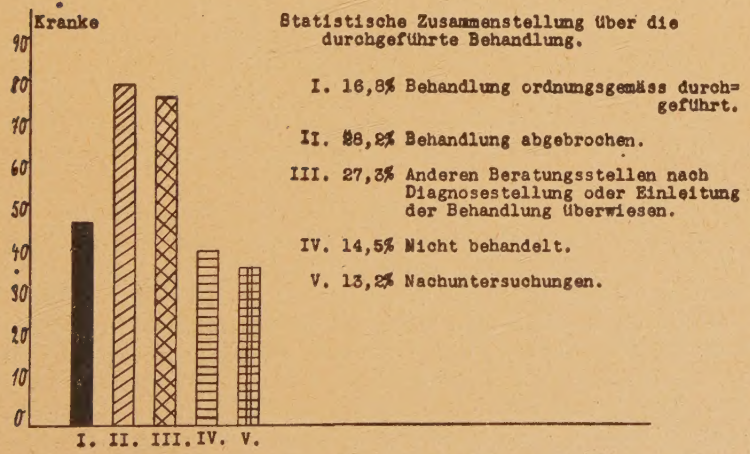
Auch eine Fieberbehandlung wurde nicht durchgeführt, nur in einzelnen Probefällen Rattenbißinfektion.

Bei der Lues congenita im Frühstadium wird der vorsichtig eingeleiteten, bei guter Verträglichkeit aber energisch durchgeführten 1. Kur nach 5 Wochen eine 2. Kur, nach 2—3 Monaten eine 3. Kur, nach 4 Monaten eine 4. Kur, nach 6 Monaten eine 5. Kur angeschlossen. Weiteres wird von dem bis dahin erzielten Erfolg, insbesondere von dem Verhalten der Blutreaktion abhängig gemacht. Hartnäckig stark positiv bleibende Blutreaktion bei sonst vollständigem Wohlbefinden und guter Entwicklung des Kindes erscheint uns keine unbedingte Indikation mehr, eine Dauerbehandlung fortzusetzen.

Bei der Spätform der Lues congenita wird ähnlich verfahren wie bei der Spätperiode der Lues. Abwechselnd Salvarsan- und Jodeinwirkung in Kombination mit Wismut, zuweilen aber auch energische Schmierkuren je nach der Lage des Einzelfalles scheinen am zweckmäßigsten zu sein.

Im folgenden habe ich die Luespatienten, wie aus der Tabelle 3 ersichtlich ist, nach 5 Gruppen zusammengestellt.

Tabelle 3.



Man erkennt, daß von den behandelten Fällen nur eine geringe Anzahl von Kranken (Gruppe 1 der Tabelle) die Behandlung ordnungsgemäß durchgeführt hat. Die Höchstziffer hat die Gruppe der Patienten, die die Behandlung abgebrochen haben,

erreicht, (Gruppe 2 der Tabelle). Dann folgt die Gruppe „Anderen Behandlungsstellen zugeleitet“ (Gruppe 3 der Tabelle) und in einem gewissen Abstand folgen die 2 anderen Gruppen. Ueber die Entstehung des Zahlenverhältnisses der einzelnen Gruppen sind verschiedene Gründe anzuführen.

Die Klinik selbst besitzt, wie ich schon am Anfang meiner Arbeit erwähnt habe, nur eine geringe Bettenzahl. Diese ungünstigen Verhältnisse hatten zur Folge, daß die meisten Patienten sobald es der Gesundheitszustand erlaubte, die Klinik verlassen mußten und in ambulanter Behandlung weiterbehandelt wurden. Ferner mußten schon viele Patienten der Kostenersparnis wegen während der 1. Kur entlassen und anderen Behandlungsstellen zugeleitet werden. So konnte man eben Patienten, für die besser eine strenge Aufsicht gewesen wäre, nicht in der Klinik behalten. Sobald aber die Patienten ambulant behandelt wurden, stellten sich Unregelmäßigkeiten ein. Die Kranken kamen vielfach von auswärts und die langen Bahnfahrten machten sich sehr störend bemerkbar. Die Patienten konnten aus diesem Grunde die Kur nicht regelmäßig durchführen oder sie erschienen aus Nachlässigkeit später als zu dem festgesetzten Termin. Ebenso ungünstig wirkte sich die bekannte Annahme der Leute aus, daß sie mit dem Aufhören der klinischen Symptome und Besserwerden des Blutbildes, bzw. bei negativem Blutbefund sowie bei sonstigem guten Allgemeinbefinden ihre Krankheit für geheilt hielten. Sie kamen trotz der Aufklärung über die Folgen einer schlecht durchgeführten Behandlung nicht wieder. So lagen die Verhältnisse vor dem Inkrafttreten des Geschlechtskrankengesetzes. Eine deutliche Besserung trat erst nach dem Gesetz ein, worauf an anderer Stelle eingegangen werden soll.

Ueber das Ergebnis der ordnungsgemäß durchgeführten Behandlung ist zu berichten, daß 3 Fälle der primären Krankheitsperiode nach Beendigung der Kuren noch 30 Wochen in Beobachtung waren. Die Nachuntersuchungen ergaben stets ein negatives Resultat, sodaß man wohl von einer erfolgreichen Behandlung sprechen kann. In dieser Krankheitsperiode wurde auch ein salvasanresistenter Fall beobachtet, der an einer anderen Stelle der Arbeit noch näher besprochen werden soll. In der Frühperiode zeigten 3 Fälle 50—60 Wochen später nach Abschluß der Behandlung stets ein negatives Blutbild. Bei den ordnungsgemäß behandelten Fällen der Frühperiode trat im Verlauf der Behandlung keine Verschlechterung des serologischen Befundes auf. Bei der Mehrzahl dieser Kranken war nach der Durch-

führung von 2—3 Kuren ein negativer Blutbefund vorhanden. Unter den Kranken der Spätperiode war ein Fall, der nach Abschluß der 3. Kur in einem Zeitraum von 48 Wochen immer ein negatives Blutbild aufwies. Bei sämtlichen Fällen der Lues congenita zeigte sich, daß das serologische Blutbild sich gegenüber der Behandlung resistent erwies. Außerdem wurde noch eine prophylaktische Kur bei einer verheirateten Frau durchgeführt, deren Mann sich eine Lues erworben hatte; ferner noch bei einer fraglichen Lues congenita. Zusammenfassend darf man sagen, daß die ordnungsgemäß durchgeführte Behandlung bei den meisten Kranken zu einem günstigen Ergebnis geführt hat.

Zu prophylaktischen Kuren glaubt die Klinik sich berechtigt bei allen Fällen, wo eine Infektion mit ziemlicher Sicherheit anzunehmen ist und bei sämtlichen Fällen, wo nach einem stattgefundenen Geschlechtsverkehr der eine Partner floride Erscheinungen aufweist; ferner bei sämtlichen Kindern luischer Mütter, die während der Gravidität irgendwelche Symptome einer bestehenden Lues aufwiesen; auch dann, wenn während der Gravidität eine Behandlung durchgeführt wurde.

Die Behandlung wurde von 82 (28,2 %) Patienten abgebrochen. Es handelt sich um solche Patienten, die einer weiteren Behandlung in der Klinik nicht mehr zugeführt werden konnten. *)

Tabelle 4.

Behandlung abgebrochen.

Krankheitsform	Zahl der Patienten	Behandlung abgebrochen nach der 1.	2.	3.	4.	5. Kur
Primärkomplex	4	4	—	—	—	—
Frühperiode	37	24	9	3	1	—
Spätperiode	35	25	5	3	1	1
Lues congenita	5	5	—	—	—	—
Luesrezidiv	1	1	—	—	—	—

Nach der Tabelle 4 muß festgestellt werden, daß die meisten Fälle bei sämtlichen Erkrankungsformen der Lues die Behandlung nach der ersten Kur abgebrochen haben.

79 (27,3 %) Patienten wurden anderen Behandlungsstellen zugeleitet. Die meisten Kranken wurden während der ersten Kur

*) Vor Inkrafttreten des Geschlechtskrankengesetzes war es meist nicht möglich, die Patienten wieder der Behandlung zuzuführen, aber auch nach Inkrafttreten des Gesetzes konnte ein Teil dieser Kranken trotz Eingreifens der Beratungsstelle der Behandlung nicht wieder zugeführt werden.

oder auch sofort nach der Diagnosestellung den betreffenden Stellen überwiesen.

42 (14,5 %) Patienten wurden nicht behandelt. Sie kamen nach der Feststellung ihrer Erkrankung nicht wieder. Es handelt sich in diesem Falle um sogenannte Durchgangspatienten. **)

Bei 38 (13,2 %) Patienten wurden Untersuchungen entweder bei früherer Erkrankung des Patienten selbst oder bei Erkrankung von Familienangehörigen vorgenommen.

Mannigfache Fehldiagnosen wurden aufgedeckt. Unter meinem Material fanden sich 23 Patienten, bei denen die luische Erkrankung nicht erkannt wurde. Naturgemäß handelt es sich in der Hauptsache bei diesen Fehldiagnosen um Fälle der Spätperiode, wie folgende Uebersicht auch angibt.

Frühperiode	3 Fälle
Spätperiode	18 „
Lues congenita	2 „

Es sind also bei einem Gesamtmaterial von 290 Fällen 23 unter einer Fehldiagnose eingewiesen. Auf die Gesamtzahl bezogen, entspricht dieses einem Prozentsatz von 7,8. Auf das Ueberwiegen der Spätperiode soll später noch näher eingegangen werden. Es scheint, daß bei einem Teil der Aerzteschaft die modernen Untersuchungsmethoden wie Dunkelfeldbeleuchtung Drüsenpunktion und Blutuntersuchung, sich noch nicht genügend eingebürgert haben. Unter den Fällen von Fehldiagnosen wurde nämlich nur in einem Falle eine Blutuntersuchung vorgenommen.

Tabelle 5.

Gestellte Diagnose vom Arzte		Festgestellte Diagnose in der Klinik		
Kranke		Früh-periode	Spät-periode	Lues congenita
1	Geschwür an der Lippe	1		
1	Ulcus molle	1		
1	Pyodermie	1		
1	Eiterung der Scrotalhaut		1	
1	Ulcus cruris		1	
1	Ekzem	1		
1	Kniewunde			1
16	Lupus		16	

Als Fehldiagnose steht nach der Zusammenstellung die Diagnose „Lupus“ im Vordergrund, nämlich bei 16 Patienten. Davon war bei 3 Patienten die syphilitische Infektion nur über-

**) s. vorherige Seite.

sehen worden. Neben dem vorhandenen Lupus bewies der positive Blutbefund die gleichzeitige Erkrankung an Lues. Dieses Ergebnis bestätigt die Ansicht Jadassohn's, daß bei der Lues die Differentialdiagnose gegenüber den verschiedenen Formen des Lupus vulgaris am allerschwierigsten ist. Schon die fleckförmige Erscheinungsform des Lupus kann, wie dieser Autor hervorhebt, ähnlich gruppiert sein wie tuberöse Lues. Meist führt aber die Anamnese, das häufige Auftreten von Lupus in früheren Jahren, sein viel langsamerer Verlauf, das Vorhandensein zentraler Reste und Rezidive, seine Hauptlokalisation am Gesicht und an den Händen, ferner auch Glas- und Sondendruck zum richtigen Resultat; aber Täuschungen kommen gerade bei diesen Differentialdiagnosen nicht selten vor. Besonders bei der tuberoulcerösen Lues kommt eine besonders wichtige Form vor, die man als die lupoide bezeichnet. Es finden sich in den „abgeweideten Partien", manchmal auch am Rande, bräunlich-gelbrote Flecke und Knötchen, die auf Glasdruck etwas durchscheinend gelbbräunlich erscheinen und mit der stumpfen Sonde leicht eingedrückt werden und bluten. Sie ähneln also in der Tat den Primäreffloreszenzen des Lupus vulgaris.

Die Häufigkeit des Lupus bei den Fehldiagnosen rührt bei unserem Material wohl zum Teil daher, daß die systematische Bekämpfung des Lupus in der Provinz Westfalen durch die Universitäts-Hautklinik und den Westf. Verein für Lupusbekämpfung der Klinik solche Patienten in großer Zahl zuführt.

Hervorzuheben ist, daß unser Gesamtmaterial 51 Fälle der Spätperiode mit Erscheinungen aufweist und sich also unter diesen Fällen 18 Fehldiagnosen = 35,4 % befinden. Es sind demnach über ein Drittel sämtlicher Fälle der Spätperiode als Fehldiagnosen eingewiesen. Diese erschreckend große Zahl zeigt, daß die Untersuchungen von den Aerzten doch nicht immer mit der nötigen Sorgfalt durchgeführt wurden. Bei 12 Fällen konnte in der Klinik ein positiver Blutbefund festgestellt werden. Man sollte fordern, daß bei allen Patienten, bei denen die Diagnose Lupus gestellt wird, auch eine serologische Untersuchung erfolgt. Es würde durch diese Maßnahme den Patienten und Krankenkassen nicht nur viel Zeit und Geld erspart werden, vielmehr würden auch manche grobe Entstellungen vermieden.

Komplikationen traten während der Behandlung bei 35 Fällen = 12,5 % in leichter oder schwerer Form auf. Diese Zahl erscheint mir nicht gering. Die Erscheinungen äußerten sich bei den Kranken in folgender Weise:

1. Bei 15 Fällen in Erbrechen, Uebelkeit, Kopfschmerzen und Temperaturanstieg.
2. Bei 2 Fällen in Magen-Darmbeschwerden.
3. Bei 12 Fällen im Auftreten eines Exanthems.
4. Bei 3 Fällen im Auftreten eines Ikterus.
5. Bei 2 Fällen durch den angioneurotischen Symptomenkomplex.

Es ist bekannt, daß sich gelegentlich im Verlauf der Kur, besonders nach Salvarsan eine Verschlechterung des Allgemeinbefindens einstellen kann. In der Klinik hat sich Präparatwechsel und Verminderung der Dosis gut bewährt. In sämtlichen Fällen der ersten Gruppe konnte durch diese Anordnung die Kur zu Ende geführt werden, ohne daß wesentliche Schwierigkeiten noch im Verlauf der Kur aufgetreten wären.

Bei den Fällen von Magen-Darmbeschwerden wurde ebenfalls durch Präparatwechsel eine gute Besserung erzielt.

Die weitere Ausbreitung eines beginnenden Salvarsan-Exanthems konnte bisweilen erfolgreich bekämpft werden. Es wurde mit der spezifischen Behandlung aufgehört und unter gleichzeitiger Verabfolgung von Natriumthiosulfat und milder äußerlicher Therapie trat Besserung und Abheilung ein.

Bei den — früh auftretenden — Exanthemen, zu denen alle Fälle vor der 5. bis 6. Salvarsaninjektion zu rechnen sind, war der Krankheitsverlauf ein sehr milder. Die Erscheinungen gingen spätestens nach 2 Wochen zurück.

Man kann deswegen den Ergebnissen aus der Literatur nur zustimmen, daß die Prognose um so günstiger zu stellen ist, je früher die Hauterscheinungen einsetzen.

Wenn die Exantheme — im späteren Verlauf — der Salvarsanbehandlung auftreten, so werden nach Stühmer, Frühwald, Heuck, E. Hoffmann Exantheme der — Frühform und Spätform — unterschieden. Die Exantheme der Frühform treten nach der 5. und 6. Injektion Salvarsan auf, die Spätformen nach der Beendigung der Kur. Im allgemeinen werden sie 14 Tage später beobachtet. Nach Stühmer können sie sogar erst 2—3 Monate später zum Ausbruch kommen.

Bei unseren Fällen beobachteten wir nur Exantheme der Frühform.

Bei den Fällen von Salvarsandermatitis ist es für die eventuelle Weiterbenutzung des Präparates notwendig, den Grad der Verträglichkeit zu prüfen. Es wird zu diesem Zweck die cutane Hautprobe, die sogenannte Läppchenprobe, empfohlen.

Unter unseren Fällen befanden sich 4 Kranke, wo Salvarsanproben auf eine Ueberempfindlichkeit vorgenommen wurden. Es wurden Proben mit Neo- und Natriumsalvarsan in oxydierter und unoxydierter Form gemacht. Die cutane Applikation von Salvarsan zeigte ebenso wie die später zur Kontrolle nachfolgende intravenöse Applikation nach Abheilung des Exanthems eine deutliche Ueberempfindlichkeit, während bei dem 4. Fall bei beiden Anwendungsarten die Reaktion negativ ausfiel. Für die schweren Fälle stimmte also die Läppchenprobe durchaus mit der intravenösen Verträglichkeit überein. Man kann sich also nicht der Ansicht G l a s b e r g 's anschließen, der nach seinen Versuchen die percutane Läppchenprobe zur Beurteilung der Toleranz oder Intoleranz dem Neosalvarsan gegenüber nicht für geeignet hält.

Ueber das Auftreten von Ikterus ist folgendes zu berichten. Bei dem 1. Fall ergab die spezielle Untersuchung, daß der Ikterus nicht auf die Salvarsanbehandlung zurückzuführen war. Es handelte sich in diesem Falle um einen katarrhalischen Ikterus.

Bei dem 2. Fall trat nach der 11. Spritze Hg. ein Quecksilberexanthem auf. Nach guter Abheilung des Exanthems wurde der Patient 14 Tage später mit kleinen Gaben von Neosalvarsan und Wismut weiterbehandelt. Jedoch nach der 4. Injektion Neosalvarsan trat Temperaturanstieg ein, exfoliierende Dermatitis und Ikterus auf. Nach Aussetzen der spezifischen Behandlung heilte das Exanthem unter Gaben Natriumthiosulfat innerhalb 6 Wochen ab.

In dem vorliegenden Falle handelt es sich sowohl um eine Quecksilber- wie auch Salvarsanüberempfindlichkeit. Da die Vermutung nahelag, daß auch Wismut nicht vertragen würde, wurde von einer weiteren antisyphilitischen Behandlung abgesehen. Der Patient wurde in serologischer Beobachtung behalten. Das serologische Blutbild war stets negativ.

Bei dem 3. Fall handelt es sich um eine Patientin mit einem positiven Blutbefund. Die Patientin bekam vom 7. 11. 28 — 15. 12. 28, 8 Injektionen Neosalvarsan à 0,45 g. Sie befand sich zu dieser Zeit im 2. Monat der Gravidität. Am 16. 12. 28 ist die Patientin gelb, Ikterus, zeigt an den Unter- und Oberarmen rote, unscharf begrenzte, schuppende Herde. Auch die Haut der Beine ist so verfärbt. Es wird mit der spezifischen Behandlung abgebrochen. Anfang Januar 29 tritt Schwellung im oberen Drittel des rechten Oberschenkels auf. Patientin kommt in die chirurgische Klinik. Am 23. 2. 29 besteht eine ausgedehnte Fluktuation

auf der Innenseite des rechten Unterschenkels. Am 24. 3. 29 Abort Ende des 6. Monats. Am 25. 3. 29 erfolgt der Tod unter Zeichen der Herzschwäche.

Anatomische Diagnose: Beiderseits Lungenemphysem, Aortenlues, septische Milz, anaemische verfettete Nieren, puerperaler Uterus. In der Aorta ascendens wurde typische Mesaortitis luica gefunden; außerdem einige geringfügige, eben beginnende Eiterungen im Interstitium der Nierenrinde.

Es sind hier keine Degenerationsprozesse im Sinne einer schweren Intoxikation durch Salvarsanbehandlung vorhanden. Es handelt sich vielmehr um eine Sepsis, also nicht um eine direkte Salvarsanschädigung. Es darf jedoch in diesem Zusammenhange bemerkt werden, daß nach W. Kerl im Anschluß an ein Exanthem Furunkeln, tiefe oder oberflächliche Abszesse, Schweißdrüsenabszesse, Pflegmone auftreten können. Diese Krankheitserscheinungen verzögern die Heilungsdauer um viele Wochen oder bringen den Patienten ad exitum.

Bei den Fällen von angioneurotischem Symptomenkomplex traten die Beschwerden bei dem 1. Fall am Ende der 1. Kur auf. Die Kur wurde daraufhin abgebrochen. Die 2. Kur mit Neosalvarsan wurde aber gut vertragen. Bei dem 2. Fall trat in der 2. Kur ein Kollaps auf. Die Patientin war nach 2 Tagen vollständig beschwerdefrei.

Ueber die klinischen Rezidive ist folgendes zu berichten.

Unter sämtlichen behandelten Fällen trat einmal trotz Behandlung ein klinisches Rezidiv auf.

Es handelte sich in diesem Falle um eine Lues congenita im Säuglingsalter. Das Kind wurde am 2. 9. 26 geboren. Es war frei von Erscheinungen. Der Blutbefund war negativ. Am 12. 11. 26 zeigte sich über den ganzen Körper zerstreut, besonders aber an den Händen und Füßen ein makulo-papulöses Exanthem. Der Blutbefund war stark positiv. Die erste Kur dauerte vom 16. 11. 26 — 2. 1. 27. Es wurden 0,47 g Neosalvarsan in 13 Injektionen und 1 Injektion Embial 0,3 ccm gegeben. Der Blutbefund blieb während der Kur stark positiv. Die 2. Kur wurde vom 12. 2. 27 — 25. 3. 27 durchgeführt. Es wurden 1,045 g Neosalvarsan in 8 Injektionen gegeben und ferner 18 mg Calomel. Der Blutbefund blieb stark positiv.

Beide Kuren sind also mit großen Dosen von Neosalvarsan durchgeführt worden. Eine Unterdosierung in der 1. und 2. Kur kommt hier also nicht in Betracht.

Nach der 2. Kur trat ein klinisches Rezidiv auf. Die Ursache für das Auftreten eines Rezidives ist dadurch zu erklären, daß das Kind 4½ Monate zur weiteren Behandlung gebracht wurde, trotzdem die 3. Kur 3 Monate später der 2. Kur folgen sollte. Es war also der Zwischenraum zwischen der 2. und 3. Kur nicht eingehalten worden. Der klinische Befund ergab folgendes: Es bestand ausgesprochene Heiserkeit. Auf der Zunge waren einige linsengroße Papeln nachzuweisen. In der Analgegend rings um die Afteröffnung befanden sich zahlreiche linsengroße, nässende Papeln. Ebensolche Papeln waren auf beiden Labien zu bemerken. Es wurde mit der 3. Kur begonnen. Sie dauerte vom 10. 8. 27 — 26. 10. 27. Im ganzen wurden zuerst 1,15 g Salvarsannatrium in 14 Injektionen und dann 0,52 g Neosalvarsan in 4 Injektionen gegeben. Daraufhin trat Abheilung ein. Hervorzuheben war, daß der Blutbefund sich nicht besserte, sondern immer stark positiv blieb.

Der Fall ist ein Beweis für die Notwendigkeit energischer Behandlung und Innehaltung des Kurintervalles; ferner für die Berechtigung der Durchführung einer prophylaktischen Kur bei erscheinungsfrei geborenen Kindern von luischen Müttern.

Ferner wurden 2 Fälle beobachtet, wo sich die Spirochäten gegenüber der Salvarsantherapie resistent verhielten.

Fall 1.

Die 20 jährige Patientin wurde am 17. 8. 28 in die Klinik aufgenommen. Sie war seit Mitte März schwanger. Die Infektion lag ungefähr 6 Monate zurück. Es handelte sich bei dieser Patientin um eine Krankheitsform der Frühperiode mit framboesiformen Erscheinungen. Dieselben bestanden in nässenden Papeln an der Genitalgegend, die zum Teil ulceriert waren. Ferner befand sich am rechten Unterarm auf der Streckseite unterhalb des Ellenbogengelenkes ein Geschwür. Auf dem behaarten Kopf befanden sich dreimarkstückgroße Stellen mit dicken gelbgrünlichen Krusten und Borken belegt; ebensolche Stellen hinter dem linken Ohr. An den Nasenflügeln befanden sich links 2 größere, mit gelb-grünen Krusten bedeckte Stellen, eine kleinere auf dem rechten Nasenflügel. Der Spirochätenbefund war positiv. Die Patientin bemerkte die Hauterscheinungen vor 4 Wochen. Am 21. 8. 28 war das Blutbild stark positiv. Die Kur dauerte 8 Wochen. Der Spirochätenbefund an der Nase war trotz mehrmaligen Präparatwechsels positiv. Es wurden in dieser Zeit Neosalvarsan 1,5 in 4 Injektionen, Salvarsannatrium 1,2 in 3 Injektionen, Neosilbersalvarsan in 5 Injektionen à 0,2, 1 ccm Bismogenol, Calomel 40 % 0,64 g in 6 Injektionen intramuskulär ge-

geben. Erst am Ende der Kur ist der Spirochätenbefund negativ.

Bei dieser Patientin erwiesen sich die Spirochäten gegen Neosalvarsan, Natrium- und Neosilbersalvarsan resistent. Erst durch die Anwendung von Calomel konnten die Spirochäten zum Schwinden gebracht werden.

Fall 2.

Bei dem 29 jährigen Patienten wurde ein Primärafekt am Kinn mit seronegativem Blutbefund festgestellt. Die erste Kur dauerte 10 Wochen. Der Patient hat in dieser Zeit eine Gesamtmenge von 7,65 g Neosalvarsan und 12 ccm Bismogenol erhalten. 4 Wochen später erscheint der Patient und gibt an, daß er seit 5 Tagen in beiden Handflächen braunrote Stellen bemerkt habe. Diese Stellen sehen heute wie Papeln aus. Der Spirochätenbefund ist positiv. Der Patient erhält innerhalb von $3^1/_2$ Wochen 1,1 g Neosilbersalvarsan in 5 Injektionen. Der Spirochätenbefund ist negativ. Die Flecken blattern ab. Der Blutbefund war während der 1. Kur und auch jetzt stets negativ.

Es ist einer der seltenen Fälle, wo trotz ordnungsgemäß durchgeführter Kur sich die Spirochäten gegenüber einer Salvarsantherapie resistent verhielten. In unserem Falle lag Alkoholabusus vor, der nach Stühmer bei einer gewissen Zahl von Fällen verantwortlich zu machen ist. Hervorzuheben ist wie in dem vorhergehenden Fall wiederum der negative Blutbefund. Hoffmann und Armuzzi haben experimentell nachgewiesen, daß die Salvarsanresistenz durch ein Versagen des betreffenden Organismus im wesentlichen bedingt ist.

Ferner wurden an besonderen Formen von Lues 2 Fälle mit skrophulodermartiger Brückenbildung beobachtet. Sie sind von P. W. Schmidt in einer besonderen Arbeit ausführlich besprochen.

Ueber die serologischen Rezidive ist folgendes zu berichten.

Man versteht unter einem serologischen Rezidiv das Umschlagen des Blutbildes trotz der Behandlung nach der positiven Seite, indem es vorher schon negativ war oder eine weitgehende Besserung zur negativen Seite zeigte.

Zur Untersuchung des Blutes auf Syphilis wurden regelmäßig in der Klinik nebeneinander folgende Reaktionen angestellt.

1. Die Wassermann'sche Reaktion in der Originalmethode mit 3 verschiedenen Antigenen.

2. Die Stern'sche Reaktion mit 2 Antigenen in bestimmter Abänderung der von M. Stern angegebenen Arbeitsweise.

3. Die Sachs-Georgi-Reaktion mit 1 Antigen in der von dem Oberarzt P. W. Schmidt ausgearbeiteten quantitativen Stufung.

4. Die Meinicke-Reaktion mit 2 Originalantigenen.

Bei 11 Fällen trat während der Behandlung ein serologisches Rezidiv auf. Der plötzliche Umschlag des serologischen Blubildes muß bei 7 Fällen auf die zu langen Zwischenräume der einzelnen Kuren oder auf die zu lange Dauer der Kur, bzw. zu großen Pausen zwischen den einzelnen Injektionen zurückgeführt werden. Die übrigen Fälle hatten die Kuren ordnungsgemäß bis zu diesem Zeitpunkt durchgeführt, und hatten dann später die Behandlung abgebrochen, sodaß die Ursache des Rezidives nicht zu klären war.

Bei 38 Patienten wurde eine Liquoruntersuchung vorgenommen.

Tabelle 6.
Liquoruntersuchungen.

Krankheitsform	Liquor negativ	positiv	Gesamtzahl
Frühperiode	9	1	10
Spätperiode	12	8	20
Lues congenita	5	—	5
Tabes	—	2	2
Luesrezidiv	1	—	1

Auf die Gesamtzahl der Fälle bezogen, entspricht es einem Prozentsatz von 13,4. Aus der Tabelle 6 geht hervor, daß bei 11 Patienten der Liquorbefund positiv war. Die Vorgeschichte ergab bei diesen Kranken, daß 5 Patienten nicht behandelt worden waren, während bei den übrigen Fällen die Behandlung zum Teil sehr schlecht durchgeführt worden war. Sie bestand in einigen Injektionen Neosalvarsan und damit war die Behandlung abgeschlossen. Bei einem Patienten war eine Malariakur durchgeführt worden.

Am Schluß der Arbeit soll noch auf das Zusammenarbeiten mit der Beratungsstelle etwas näher eingegangen werden.

Im allgemeinen gilt die Regel, die Beratungsstelle erst zu benachrichtigen wenn der Patient trotz einmaliger Ermahnung nicht erschienen ist oder keinen anderen Arzt zur weiteren Behandlung angegeben hat. Diese Einrichtung hat sich in den meisten Fällen bewährt. Die Mehrzahl der Kranken, welche die Behandlung abgebrochen hatten, konnte auf diese Weise einer erneuten Behandlung zugeführt werden. Es muß aber bemerkt werden, daß trotz dieser Einrichtung mancher sich der notwendigen Behandlung entziehen konnte. Sie verzogen nach auswärts, gaben aber auf dem Meldeamt eine andere Stadt an, sodaß sie trotz der größten Bemühungen der Beratungsstelle nicht mehr

aufzufinden waren: Für diese Fälle, die unter die Rubrik „Unbekannt verzogen" fallen, hat man eine besondere Liste aufgestellt. Diese wird von der Gesundheitsbehörde überwacht. Die Liste liegt in 25 Städten auf. Nach meinen Erkundigungen bei der Beratungsstelle sind jedoch nur 2 Fälle von 498 Fällen des Jahres 1929 auf diese Weise aufgefunden worden.

In unserer Klinik entzogen sich 126 Patienten (43,4 %) der Behandlung, bzw. Beobachtung. Dies ist etwa die Hälfte unserer Patienten. Natürlich hat die größte Anzahl der Kranken (28,2 %) die Behandlung vor dem Inkrafttreten des Geschlechtskrankengesetzes abgebrochen. Von sämtlichen Fällen konnten 72 durch die Inanspruchnahme der Beratungsstelle der Behandlung wieder zugeführt werden. Wenn man bedenkt, daß unter diesen Fällen 59 waren, die vor dem Gesetz in Behandlung gestanden hatten, so ist das Ergebnis als günstig zu bezeichnen. Aber trotz der sofortigen Benachrichtigung der Beratungsstelle versteht es immerhin noch ein Teil der Patienten, sich der notwendigen Behandlung zu entziehen. Bei diesen Fällen besteht wenig Hoffnung, daß sie einer erneuten Behandlung zugeführt werden.

Nach der bisher getroffenen Maßnahme wurden nur die Kranken in unserer Klinik der Beratungsstelle gemeldet, die die Behandlung abgebrochen hatten und nicht wiedererschienen waren. Ich möchte vorschlagen, daß man auch diejenigen Kranken der Beratungsstelle meldet, die von hier einem anderen Arzt überwiesen werden. Dieses geschieht aus folgender Erwägung heraus. Viele von diesen Kranken führen alle Kuren ordnungsgemäß durch, aber bei den Nachuntersuchungen treten Unregelmäßigkeiten auf. Diese Patienten könnten nun von der Beratungsstelle überwacht werden. Man würde dadurch eine bessere Uebersicht über den Erfolg einer gut durchgeführten Behandlung gewinnen. Es ist aber zu berücksichtigen, daß diese Maßnahme wohl auf Schwierigkeiten bei den Kranken stoßen kann. Die Mehrzahl der Kranken vertraut die Krankheit nur einem Arzt an und vermeidet möglichst, mit anerkannten Fürsorgestellen in Berührung zu kommen.

Durch die Anlegung einer Terminliste in der Klinik könnte man dieser Schwierigkeit aus dem Wege gehen. Hierdurch hätte man gleichzeitig eine gute Uebersicht über sämtliche in Behandlung gewesene Patienten. Nur ist zu bedenken, daß auch hier durch einen plötzlichen Personalwechsel leicht Unregelmäßigkeiten auftreten können.

Wenn man das Ergebnis der Arbeit überblickt, so ergeben sich interessante Feststellungen. Unsere angeführten

Zahlen für das Lebensalter stimmen mit denen Blaschko's überein. Nur für die Erkrankungen über das 35. Lebensjahr ist in unserer Klinik ein Ueberwiegen des weiblichen Geschlechtes für die Spätperiode festzustellen. Es steht im Gegensatz zu den von Blaschko und Haustein an einem großen Material gefundenen Ergebnissen.

Bemerkenswert ist auch die erschreckend hohe Zahl der Fehldiagnosen bei der Spätform der Lues. Sie beträgt 35,4 %. Die weitaus größte Mehrzahl dieser Fälle fällt unter die Diagnose Lupus. Es muß daher die Forderung erhoben werden, daß bei jeder Diagnose Lupus eine Blutuntersuchung vorgenommen wird. Durch diese Maßnahme könnte manches schwere Unheil verhütet werden.

Ferner ist die große Zahl der Fälle zu erwähnen, welche die „Behandlung abgebrochen" haben und „Nicht behandelt" worden sind. Sie beträgt für unser Material 43,4 %. Es ist daher nur zu begrüßen gewesen, daß ein Geschlechtskrankengesetz im Interesse der deutschen Volksgesundheit eingeführt wurde. Man darf hoffen, daß in den nächsten Jahrzehnten das deutsche Volk durch die gemeinsame Arbeit der Beratungsstellen mit der deutschen Aerzteschaft von der Seuche der Syphilis befreit wird.

Zusammenfassend darf noch die Feststellung hervorgehoben werden, daß das Krankheitsbild der Lues gegenüber früher im allgemeinen nicht erscheinungsärmer geworden ist. Dieses Ergebnis trifft besonders für die Spätperiode der Lues zu, wo ausgedehnte Hauterscheinungen bei unserem Material beobachtet wurden.

Literatur.

1. Bayet, A., Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in Brüssel, Zeitschr. z. Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten Bd. 8, S. 381, 1908.
2. Blaschko, A., Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in Berlin. Berlin 1918, Verlag S. Karger, S. 25, 40, 41.
3. Glaßberg, O., Zur Frage der praktischen Verwertung der percutanen Neosalvarsanläppchenprobe. Wiener klin. Wochschr. 43 Jg. Nr. 11, S. 332, 1930.
4. Haustein, H., Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, Bd. XXII, Statistik der Geschlechtskrankheiten, Berlin 1927, Verlag J. Springer, S. 465, 466, 949, 950.
5. Hoffmann, E. und Armuzzi, G., Experimentelle Untersuchungen über salvarsanresistente Syphilisspirochäten, Deutsche med. Wochschr. H. 2, S. 51, 1927.
6. Jadassohn, J., Lesser's Lehrbuch der Haut-' und Geschlechtskrankheiten, 2. Bd. Geschlechtskrankheiten, 14. Aufl. Berlin 1927, S. 145, 206, 208, Verlag J. Springer.
7. Kerl, W., Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, Bd. XVIII, Syphilis-Therapie, Berlin 1928, S. 615, 616, 617, Verlag J. Springer.
8. Schmidt, P. W., Ueber scrophulodermähnliche Brückenbildung, eine seltene Erscheinungsform bei Spätlues, Derm. Zeitschr. Bd. 57, S. 347, 1930.
9. Stühmer, A., Schwierigkeiten und Grenzen der Syphilisdiagnose. Deutsche med. Wochschr. Nr. 36, S. 1535, 1928.

Lebenslauf.

Am 3. Mai 1906 wurde ich als Sohn des Kreisausschuß-Obersekretärs Wilhelm Diepenseifen in Dortmund geboren. Nach vierjährigem Besuch der dortigen Volksschule kam ich auf das Bismarck Realgymnasium in Dortmund, das ich im Jahre 1925 mit dem Reifezeugnis verließ. Darauf widmete ich mich auf der Westf. Wilhelms-Universität Münster dem Studium der Medizin. Im Herbst 1927 bestand ich die ärztliche Vorprüfung. Bis zu meinem Staatsexamen studierte ich in Münster, Wien und Berlin. Im Februar 1931 bestand ich in Münster das ärztliche Staatsexamen.

An dieser Stelle möchte ich Herrn Professor Stühmer für die freundliche Ueberlassung des Themas und Herrn Oberarzt Priv.-Dozenten Dr. P. W. Schmidt für manche Anregungen bei der Anfertigung meiner Arbeit meinen herzlichsten Dank aussprechen.